

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

752

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Guy, Pierre BELLARD

Né le 22 Octobre 1928, à BERNAVILLE (Somme)

présentée et soutenue publiquement le

FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE
RURAL DE SOINS DANS LE CADRE
DE L'AIDE MÉDICO-SOCIALE ALGÉRIENNE

Président : Monsieur FAUVERT (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne

PARIS - VI^e

1961



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Guy, Pierre BELLARD

Né le 22 octobre 1928 à Bernaville (Somme)

--

Présentée et soutenue publiquement

le

--

FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE RURAL DE SOINS

DANS LE CADRE DE L'AIDE MEDICO-SOCIALE ALGERIENNE

--

Président : Monsieur FAUVERT (Professeur)

--

D.P. TAIB

8, rue Casimir-Delavigne

PARIS

1961.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHEL (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
(Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovascu- laire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin)	BROUET
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais)	SOULIE (P)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R)
(Boucicaut)	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque)	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal)	VARANGOT
obstétricales (Foch)	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et thép. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES
MM.

	(CABROL (C)
Anatomie.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr. s. ch.
Anatomie pathologique.....	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	(VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr. s. ch.
Bactériologie.....	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J) m. conf.
	(SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie.....	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	(MAROIS (M) (RACADOT (J)
Hydrologie.....	CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch.
Hygiène.....	(CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R)
Maladies infectieuses.....	(DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale.....	(HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C)
Neurologie.....	LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G)
Obstétrique.....	MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie.....	(BREGEAT (P) (SARAUX (H)
Orthopédie.....	(JUDET (R) (RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie.....	DEBAIN (J)
Parasitologie.....	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale.....	(FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G)
Pathologie exotique.....	SCHNEIDER (J)

	MM.
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MANDE (R)
	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie	(DEJOURS (P)
Physique médicale	(GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B)
Psychiatrie	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-}	(MADURO (R)
	(ROUX (M)	rhino-laryng.	
	(VERNE (J.M)	Clinique pé- }	(LAPLANE (R)
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et }	
	pr.s.ch.	puériculture }	
Clinique médicale	(DOMART (A)	Clinique	(BARUK (H)
	(PERRAULT (M)	psychiatrique }	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(KUSS (R)
	(THIEFFRY (S)	urologique }	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G) Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A mes Parents,

Meis et Amicis.

A Monsieur le Professeur R. FAUVERT,

Professeur de Biologie Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse,

Hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur G. PERDU,

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens,

A Messieurs les Professeurs de l'Ecole
de Médecine d'Amiens,

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de
Paris et d'Amiens.

FONCTIONNEMENT D'UN CENTRE RURAL DE SOINS
DANS LE CADRE DE L'AIDE MEDICO-SOCIALE ALGERIENNE

- : -

INTRODUCTION

-:-

Un ordre de mutation laconique du 21 octobre 1959 nous faisait quitter Alger, nous mettant à la disposition du Médecin Lieutenant-Colonel Directeur du service de Santé de la Z.O.A. Orléansville. Celui-ci nous affectait au 28e Régiment de Dragons en qualité de Médecin-adjoint. Et bientôt nous arrivâmes à notre affectation finale, au 1er escadron du régiment stationné au village du Barrage du Ghrib, sur la commune de Dolfusville.

A nos fonctions de médecin militaire nous allions joindre celles de Médecin chargé de l'A.M.G. pour le compte de la Santé Publique d'Algérie, dans la circonscription médicale du Barrage du Ghrib - cette circonscription comportant toute la commune de Dolfusville et quelques douars voisins - dont le dernier médecin civil titulaire était parti depuis dix-huit mois.

Bientôt notre épouse - infirmière diplômée d'Etat nous rejoignit et occupa le poste d'aide soignante municipale vacant depuis de longs mois.

Durant les dix mois que dura notre séjour à Dolfusville, nous nous efforçâmes de remplir au mieux notre double tâche militaire et civile avec l'aide obligeante de tous les

commandants d'unités de notre circonscription.

Notre séjour au Barrage du Ghrib reste à nos yeux la période la plus intéressante, la plus riche de contacts humains de tout notre séjour en Algérie.

--:-

P L A N

-:-

LE CADRE DE NOTRE ACTION

CONDITIONS DE VIE ET RESSOURCES

Habitat
Vêtement
Artisanat
Agriculture
Elevage
La nourriture
La puériculture

NOS MOYENS

Le dispensaire du Barrage du Ghrib
Equipement mobile
Ravitaillement pharmaceutique
Moyens d'hospitalisation
Moyens d'évacuation

FONCTIONNEMENT DE L'A.M.S.

- au dispensaire du Barrage du Ghrib
- dans les tournées A.M.S.

REORGANISATION DE L'A.M.S. DANS LES
VILLAGES REGROUPES

LA MEDECINE PROPHYLACTIQUE

- paludisme

- trachome
- vaccinations

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

CONSIDERATIONS ET DESIDERATA

CONCLUSIONS

- : -

NOTRE CHAMP D'ACTION

:-:-

La commune de Dolfusville constituant l'essentiel de notre champ d'action de Médecin d'Aide Médico-Sociale Algérienne, compte environ douze mille habitants, dont moins de cent d'origine européenne - dans un rayon d'une dizaine de kilomètres.

La plupart de ces derniers et une petite fraction de la population musulmane - moins de deux mille - sont groupés au village du Barrage du Ghrib.

Ce village fut créé vers 1935, lors de l'édification du barrage, en travers de la vallée du Chélif ; celui-ci en contre-bas du village, retient une énorme quantité d'eau destinée à l'irrigation créant un lac artificiel, de près de quatorze kilomètres de long.

Une petite centrale électrique, fonctionne en période d'irrigation, pour récupérer l'énergie disponible, avant envoi de l'eau dans les conduites, dans les grands domaines, en aval dans la vallée.

La plupart de la population du village travaille régulièrement, employée par la municipalité, le service de l'hydraulique, l'électricité et gaz d'Algérie. D'autres

sont employés par d'autres administrations, ou sont gounier à la S.A.S., harki ou dragon engagé à l'escadron.

Les habitations sont bâties en dur, relativement spacieuses, hautes de plafond, munies de fenêtres avec volets et moustiquaïres.

Mais à côté de ces habitations, datant de la construction du barrage, devenues insuffisantes pour la population ayant cherché refuge au village, ont été construites des mechtas traditionnelles avec tous leurs défauts.

L'eau potable est abondante, tant dans les maisons qu'aux bornes fontaines.

La plus grosse partie de la population musulmane se trouve dispersée dans les douars, sur tout le territoire de la commune.

Les habitations sont extrêmement disséminées et très peu sont accessibles aux véhicules, on y accède le plus souvent par des pistes étroites pour les piétons et les animaux de bât, l'âne et le mulet étant les moyens de transport locaux les plus utilisés.

Les véhicules ne parviennent qu'à travers champs et seulement par temps sec, encore faut-il que la configuration du terrain le permette ; certaines mechtas placées à fond d'Oued, étant accessibles à pied, après descente à flanc de côteau, le long d'une petite piste muletière, l'approche se faisant à travers les pâturages avec les véhicules.

Généralement, ces mechtas sont construites à proximité d'une petite source ou au bord d'un ruisseau.

LES VILLAGES REGROUPES

L'armée, pour soustraire les habitants aux bandes fellagha qui viennent de nuit se ravitailler et se reposer dans les mechtas isolées, a entrepris de regrouper la population autour des postes militaires.

Ces regroupements - ou plutôt resserrements, suivant la terminologie préfectorale - comprennent un, deux douars et sont bâtis autour ou près d'un poste, en un site défensif, alimenté en eau potable et choisi afin que les habitants soient tous à portée de leurs champs et des lieux habituels de pacages. Avant notre arrivée il n'existait que deux regroupements créés par l'armée sur le territoire de la commune.

Bir-Bouch où existait déjà une école avant les événements était relié par une piste carrossable toute l'année.

Un dispensaire était prévu près de l'école.

Et Cheik-el-Missoun relié par une très mauvaise piste, ravinée et inutilisable sur une partie de son parcours. Il fallait, en plusieurs endroits, quitter la piste et rouler à travers champs.

Par temps sec, quand les véhicules passent toujours au même endroit dans la plaine, le sol durcit et bientôt on se trouve en présence d'une piste nouvelle, mais qu'il pleuve pendant quelques jours, cette piste devient impraticable.

Le premier hiver, il nous fut souvent impossible de nous rendre à Cheik-el-Missoun, parfois durant des périodes de plusieurs semaines. Aucun véhicule ne parvenait à passer;

le ravitaillement du poste était lui-même acheminé par une piste accessoire, à dos de nulet, le trajet aller-retour demandant une demi-journée à partir du poste de Bir-Bouch.

Après quelques jours sans pluie, le terrain durcissant quelque peu, les half-track - engins seni chenillés - essayaient de passer avec le ravitaillement et s'ils réussissaient, nous engagions notre ambulance sur leurs traces, lors de notre passage bihebdomadaire à Bir-Bouch.

Un autre village regroupé ; Ben-Douli situé sur le territoire de la commune de Lavignerie et construit au bord de la route nationale, faisait partie de la circonscription médicale du Barrage de Ghrib.

Par la suite, au cours de l'aménagement des limites des communes, Ben-Douli fut rattaché à Dolfusville.

Ce petit village regroupé d'environ six cents habitants, entouré de barbelés et placé sous la protection de la tour de l'auto-défense était un des plus dynamiques. Dans l'ensemble, plus riche que les autres douars, avec pour ses troupeaux des pacages situés dans la vallée de l'Oued Chélif.

Ben-Douli, sous l'influence de son responsable - en même temps chef de l'auto-défense - un ancien tirailleur, s'organisa beaucoup plus vite que les autres douars.

Une école fût bâtie, par les habitants du village aidés de quelques militaires, mais en parpaings de ciment, couverture en tuiles, les matériaux ayant été achetés grâce à une collecte parmi les habitants ; les grandes baies et la porte restaient encore ouvertes à tous les vents, mais on pouvait

espérer que les crédits permettraient de poser des huisseries.

Une épicerie fût ouverte ainsi qu'un café naure, celui-ci servant exclusivement du café et du thé à la menthe.

Les habitants n'étaient pas peu fiers de cette réalisation.

Ce village fût équipé par les services de l'hydraulique, d'un grand réservoir qui recevait l'eau d'une source captée à quelque distance, ce réservoir alimentant une batterie de robinets.

Durant le printemps et l'été 1960, deux autres villages regroupés, ainsi qu'un petit village de familles de harkis, amorce de regroupement, furent créés sur le territoire de la commune.

Dans un premier temps, début de la construction du poste militaire, plus ou moins important suivant l'effectif prévu, avec tour de guet et création ou amélioration d'une piste pour tous véhicules. Ces travaux étant effectués par des militaires..

En même temps, captage d'une source par les services de l'hydraulique, avec toutes les précautions voulues : qualité de l'eau, débit très supérieur aux besoins prévus, choix d'une source située à une altitude supérieure à celle du réservoir, même si pour cela, il faut choisir une source très éloignée, afin d'alimenter le réservoir par gravité, plutôt qu'une source proche mais nécessitant une station de pompage. En effet, une station de pompage, même si son installation est moins coûteuse qu'une très longue canalisation d'amenée, demandera du carburant et du personnel qualifié pour son entretien ; tandis

qu'avec une source en charge et des tuyaux, l'eau s'écoule seule dans le réservoir, sans intervention humaine, ni risque de défaillance mécanique.

A prix égal l'installation d'une station de pompage, demande moins d'heures de travail de personnel non qualifié que la pose de canalisations (pour lesquelles les terrassements sont importants) et partant est d'un revenu moindre pour la main d'oeuvre locale.

Les services de l'hydraulique mettent également en place un réservoir avec une batterie de robinets.

Quand ces travaux sont déjà avancés et que l'officier chargé de la population a balisé le terrain, la population commence à construire les habitations. Celles-ci gardent le type traditionnel du pays. Quelques canions militaires aident au transport des matériaux, une bonne partie de ceux-ci provenant de la démolition des anciennes habitations surtout pour la charpente et les tuiles.

Généralement les plus belles nechtas des douars, ou celles situées au milieu d'un riche jardinage avec une petite source ne sont pas démolies par leurs propriétaires - sauf parfois la toiture - et leurs ouvertures sont simplement murées.

Peu à peu la population s'installe ; et lors de nos passages, les malades commenceront à venir à nous petit à petit.

CONDITIONS DE VIE ET RESSOURCES

-:-

Habitat -

L'habitation traditionnelle, la seule existante hors les habitations européennes est la Mechta, bâtie en pierre et en terre battue.

Celles dont la construction est la plus soignée, sont bâties en pierres tassées et placées sans mortier, les interstices simplement bouchés à l'argile. Les autres, moins soignées, sont montées en "Tablatt" - mélange de terre, de paille et de pierres - tassé par couches successives entre deux planches servant de moule, et glissées progressivement vers le haut.

La charpente est presque toujours faite de branches d'arbres. La poutre maîtresse - quelques perches - repose sur les deux pignons et sur des branches fourchues, dressées au milieu de l'habitation ; quelques bâtons, reliant cette poutre au sommet du mur, le tout ficelé avec de la cordelette, complètent cette charpente, qui reçoit la toiture constituée soit de branchages et de chaume, soit d'un lattis serré de roseaux, couvert de tuiles scellées à l'argile.

Une seule ouverture : la porte, que ferme un simple panneau de bois - elle dépasse rarement 1,70 m de haut, parfois atteint à

peine un mètre, et il faut s'accroupir pour la franchir.

Le sol est fait de terre battue ; une surface d'environ 2 m sur toute la largeur de l'habitation est surélevée d'une vingtaine de centimètres et reçoit nattes et couvertures - parfois tapis - et c'est là le lit pour toute la famille.

Beaucoup de mechtas n'ont pour cheminée qu'un simple trou dans le toit - d'autres ont une cheminée dans un angle, simple petit muret en biais soutenu par une poutre. De toute façon, la fumée se répartit dans la pièce et l'excès s'évacue par la porte, quand ce n'est pas à travers le chaume de la toiture, pouvant faire croire, à un non initié, que la maison brûle.

Le foyer n'est le plus souvent qu'un simple trou dans le sol avec trois ou quatre pierres autour. Le musulman utilise également le "canoun", réchaud à charbon de bois, en terre cuite.

Le bois est le seul combustible employé.

Quelques réchauds à pétrole ou à essence ont fait leur apparition chez les plus riches - généralement harkis ou goumiers - apportant une odeur supplémentaire dans la mechta avec le risque d'accidents - brûlures et incendies - mais supprimant la nécessité du ramassage du bois.

Le mobilier est des plus sommaires : un ou plusieurs petits coffres de bois peints de couleurs vives, recellent les vêtements de fête et les richesses du musulman. Argent et bijoux - s'ils existent - rangés dans une vieille boîte de fer, sont enterrés ou cachés, à l'abri des tentations ...

Quelquefois une petite table basse, ronde ou octogonale, n'excédant pas cinquante centimètres. Jamais de siège, le musulman se tient accroupi, assis sur les talons, position qui le repose, paraît-il, mais qu'un Européen ne peut garder bien longtemps.

Assez souvent on voit dans la mechta, des vieilles caisses, ou un tonneau défoncé, parfois une pile de sacs contenant la récolte de blé, base de l'alimentation.

Quelquefois nous avons vu, surtout chez les harkis habitant une maison européenne au sol cimenté ou carrelé, une sorte d'estrade de bois, carrée de deux mètres de côté, scellée dans un angle à plus d'un mètre de haut et servant de lit. Parfois même, le dernier né est dans une sorte de berceau suspendu sous cette estrade.

Le vêtement

Les hommes des douars portent le vêtement traditionnel : Sarrouel en toile et veste, recouvert l'été, d'une gandourrah blanche et l'hiver d'une lourde et chaude djellabah de laine, munie d'un capuchon. Sur la tête le cheich : longue bande de léger tissu blanc, tordu et enroulé autour du crâne. L'été un grand chapeau de paille recouvre le cheich. Beaucoup vont nu-pieds, d'autres portent des sandales ou des chaussures basses, solides, sans lacets, qu'ils portent indifféremment à l'un ou l'autre pied. Mais ils marchent rarement avec ces chaussures, et sur les pistes ils les gardent volontiers à la main, pour les chausser à l'entrée du village ou du marché.

Les hommes travaillant au village du Barrage ou sur les grands domaines, abandonnent

ce costume pour adopter des vêtements européens, souvent des vêtements de travail en toile bleue avec des brodequins ou des bottes de caoutchouc. Sur la tête un bérêt ou une calotte, tricotée, en coton blanc. L'hiver ils portent une canadienne ou une djellabah.

Les femmes portent de longues robes multicolores, descendant aux chevilles, parfois plusieurs robes enfilées l'une sur l'autre. Quelques unes ont sous la robe un long pantalon bouffant serré aux chevilles, c'est toute la lingerie qu'elles connaissent. Pour sortir de chez elles, elles s'enveloppent complètement dans un immense voile blanc drapé qui ne laisse apparaître qu'un oeil. Souvent pour travailler ou en signe de deuil elles remplacent ce voile blanc par un vieux vêtement quelconque, parfois un jupon. Dans les douars, les femmes plus âgées ne portent le voile qu'à l'occasion de quelque fête ou sortie, par exemple pour aller au marabout, cimetière et lieu de prière, le vendredi qui est le jour réservé aux femmes.

Les plus jeunes et les plus riches femmes du village portent volontiers des robes européennes - assez longues et jamais décolletées - sous le voile, et les plus coquettes font en sorte que leur voile reste un peu entrebaillé dans le bas en sorte que l'on puisse admirer leur robe. Les bijoux de valeur ou de pacotille font partie de la tenue de sortie.

Quelques jeunes filles ont encore des robes copiées sur celles de leur mère. Quelques petits garçons sont encore vêtus d'une gandourrah de toile blanche, mais la plupart des enfants, ont maintenant des vêtements européens, distribués par diverses oeuvres ou achetés au fripier sur le marché et l'im-

mense majorité des enfants va pieds nus.

L'Artisanat

L'artisanat local est très peu développé, la vannerie et la poterie couvrent les besoins locaux et ceux des militaires, amateurs de souvenirs.

Le tissage est le fait de quelques isolés qui confectionnent d'assez belles couvertures et des djellabahs de haute qualité ; la plupart des vêtements et articles de textile sont apportés au marché par les commerçants de la ville.

Les articles de vannerie sont beaucoup plus rares au marché. Ils sont généralement confectionnés dans chaque douar, par un petit nombre d'habitants avec de l'alfa tressée, et servent à quantité d'usages : corbeilles, sacs et paniers de toutes tailles et de toutes formes, nattes de toutes dimensions constituant la base de la literie ; grands chapeaux contre le soleil, et des bâts pour les ânes et les mulets.

La poterie constitue encore l'essentiel des ustensiles ménagers, malgré l'introduction d'articles métalliques manufacturés et des matières plastiques. On rencontre : écuelles, plats et marmittes de différentes tailles et de formes variées ; plats à gallette à fond plat et rugueux à bords verticaux peu élevés ; le canoun, réchaud à charbon de bois, sorte d'écuelle de terre cuite, dont la paroi, creusée d'une large encoche, se prolonge, en haut, par trois excroissances destinées à supporter plats et marmites.

Certains de ces articles sont décorés de dessins géométriques, et vernissés sommairement.

Cet artisanat traditionnel ne trouve pas de débouché hors de la commune et ce ne sont pas les quelques souvenirs achetés par les militaires qui peuvent constituer un apport appréciable au revenu des habitants.

L'Agriculture

Les méthodes de culture sont des plus rudimentaires et les rendements sont très bas. Le musulman néglige totalement la valeur fertilisante du fumier que l'on voit s'entasser à proximité des regroupements, entièrement inutilisé.

Seule la jachère bisannuelle permet au sol de retrouver quelque fertilité.

La charrue est tout en bois à l'exception d'un petit soc de fer. Il n'est pas rare d'y voir attelée une vache en compagnie d'un âne. Les cailloux restent en place et la charrue contourne les grosses touffes d'herbe ligneuse. Certains champs envahis par ces touffes d'herbe sont abandonnés définitivement aux troupeaux.

Ce labour superficiel est la seule façon cultivable du sol. Il est suivi de semailles à la volée.

La récolte est faite à la faucille et les gerbes transportées à dos d'âne ou de mulet près des mechtas.

Le battage est exécuté ensuite en faisant piétiner le blé par les mules ou les ânes. Un homme au milieu de l'aire de battage tient la longe qui attache les animaux de front et les fait tourner autour de lui, tandis qu'un aide muni d'un balai de bran-

chages ramène le blé sur le passage des animaux.

Lorsque le blé est séparé de la paille, le vannage est effectué en lançant le blé en l'air à l'aide de pelles. Le vent emporte plus loin la courte paille, la poussière et autres débris et le grain retombe sur place.

Le grain est ensuite conservé soit dans la mehta, en caisse, en tonneau ou en sacs, soit dans une réserve creusée à même le sol.

L'Élevage

L'élevage n'est guère plus rationnel que la culture. Les animaux paissent en liberté dans les jachères et sur les terrains en friche ; les troupeaux sont constitués de quelques vaches, donnant peu de lait, de chèvres et de moutons gardés par quelques enfants.

Le soir ils rentrent et sont parqués sous un appentis ou dans une étable semblable à l'habitation.

Les bêtes sont menées au pacage presque toute l'année, sauf quelques journées de neige l'hiver, où un peu de paille calme leur faim. Pendant l'hiver et au printemps la pluie permet à l'herbe de pousser, la terre est verdoyante, mais l'été sur le sol desséché rien ne pousse plus, et les troupeaux ne trouvent plus qu'un peu d'herbe roussie par le soleil, en attendant les pluies d'automne qui feront repartir la végétation.

Les troupeaux ont donc besoin de beaucoup d'espace pour subsister, ce qui limite sé-

rieusement le cheptel.

La seule volaille est la poule, en petit nombre, qui se nourrit de ce qu'elle trouve et pond quelques oeufs. Le canard est à peu près inconnu. Quant au porc on ne le trouve que dans les grands élevages Européens.

La nourriture

La base de la nourriture est la galette. Celle-ci à base de farine ou de semoule de blé dur et d'huile, est levée au levain, c'est une galette ronde et plate de 20 à 40 centimètres de diamètre et de trois à quatre centimètres d'épaisseur. La femme musulmane la confectionne elle-même presque chaque jour et la cuit dans un plat de terre, soit sur le canoun, soit dans un four de terre, élevé dans la cour. Souvent un morceau de galette, seul ou accompagné d'un oignon, d'une tomate ou d'un fruit, constitue tout le repas.

Le couscous, plat de semoule de blé dur, cuite à la vapeur, qui se sert accompagné d'une soupe avec légumes et viande - mouton, chèvre ou poulet - figure d'autant plus rarement au menu du musulman, que celui-ci est plus pauvre.

Le méchoui, mouton entier, cuit à la broche devant la braise, impose une lourde dépense, que bien peu peuvent supporter. En dehors des grandes fêtes religieuses, ce plat marque une grande considération pour l'hôte en l'honneur de qui il est offert.

Les pâtisseries, toujours très sucrées, certaines à base de miel, sont réservées aux grandes fêtes ou à un hôte de marque.

Les oeufs, les laitages de vache ou de chèvre, consommés crus, le plus souvent caillés, quelques légumes et fruits, le café, les infusions de thé et de menthe sauvage, le sucre, viennent compléter une alimentation trop souvent insuffisante et rarement équilibrée.

Puériculture

L'enfant à la naissance est emmailloté de chiffons et posé sur la natte à côté de la mère.

On lui enduit le cordon et les paupières supérieures d'un mélange de poudre de charbon de bois et d'huile.

Durant quarante jours, ni la mère, ni l'enfant ne sortiront de la mechta et ne se laveront. Les couches et les langes sont inconnus, l'enfant n'est jamais changé, il garde les mêmes linges pendant quarante jours.

L'enfant est élevé au sein pendant au moins deux ans, de préférence trois ou quatre ans ; jusqu'à ce que la mère n'ait absolument plus de lait. Cette pratique ayant surtout pour but d'espacer les grossesses.

Malheureusement beaucoup d'enfants jusqu'à un an, et parfois plus, ne reçoivent aucune autre nourriture et sont nettement sous-alimentés.

La musulmane ignore tout de la façon de préparer un biberon ou de cuire une bouillie.

Des démonstrations de puériculture : bain, habillage d'un enfant avec langes et maillot, préparation d'une bouillie ou d'un biberon - sont faites par l'Assistante Sociale pendant

les réunions des cercles féminins. Mais ces démonstrations publiques ne servent à quelque chose, que, si ensuite elles sont suivies de démonstrations dans la mechta même, avec ce dont dispose la femme musulmane.

Pour les biberons au lait condensé sucré, il fallait coller un morceau de sparadrap le long du biberon. L'extrémité inférieure indiquant le niveau du lait, l'extrémité supérieure le niveau de l'eau bouillie.

Il n'est pas possible de se faire une idée exacte de la mortalité infantile. Il n'y a pas de médecin d'état civil pour constater les décès, et l'état civil, de l'aveu même d'un secrétaire de mairie, ne rend pas toujours un compte exact de la mortalité infantile.

Pour déclarer un décès ou une naissance à la mairie, le chef de famille est parfois obligé de faire des kilomètres pour venir jusqu'au Barrage du Ghrib ; il viendra rarement exprès et attendra d'avoir une occasion.

Il ne voit pas la nécessité de faire ces déclarations qui ne sont pour lui que source de tracasseries. Parfois on nous amenait à la consultation un enfant, soit encore nourrisson, soit ayant déjà trois ou quatre ans et ne figurant pas encore à l'état civil ; et l'officier de l'état civil nous demandait d'estimer l'âge de l'enfant pour lui attribuer, au moins une année de naissance vraisemblable.

Si un enfant non déclaré à l'état civil mourait, aucun problème. Si un enfant, dont la naissance figurait à l'état civil mourait, son décès n'était pas forcément déclaré et si ensuite un enfant du même sexe naissait, il héritait tout naturellement de l'état ci-

vil disponible ; bénéfice net : deux démarches à la mairie évitées mais l'enfant nouveau-né avait déjà officiellement, un, deux ou trois ans sinon plus.

NOS MOYENS

-:-

Le dispensaire de soins du barrage du Ghrib

Installé dans une maison du village mise à la disposition de la municipalité par le service de l'hydraulique propriétaire.

Le transfert de propriété à la commune doit se faire mais n'a pas encore eu lieu. La commune ne fait donc aucun travail d'amélioration.

Dans la même maison, se trouve le logement de l'aide soignante, demeuré libre ; l'aide soignante ayant été licenciée plusieurs mois avant notre arrivée - avant même le départ du médecin civil - et n'ayant pas été remplacée. Notre propre épouse, infirmière D.E. occupa le poste durant notre séjour, mais nous occupions la maison du médecin mise à notre disposition par la commune et qui avait l'avantage d'être meublée.

La partie dispensaire comportait quatre pièces. Trois pièces en enfilade :

Une, avec porte sur la rue, servait de salle d'attente pour les femmes et les enfants

Une, centrale, utilisée comme bureau.

Une pièce, avec porte sur la cour, servant de salle de soins.

La quatrième pièce communiquant avec la salle de soins et ayant une porte sur la cour était le bureau de l'Assistante sociale ; lorsque celle-ci transféra son bureau à la S.A.S., cette pièce devint la réserve de pharmacie, à l'abri des mains que nous ne pouvions surveiller.

Les hommes que nous faisions passer en début de matinée attendaient dans la cour.

La salle d'attente était complètement vide. Pas même un banc, celui-ci n'aurait d'ailleurs pas été utilisé ...

Dans le bureau : mobilier de métal - qui surprenait tout d'abord en ce lieu - téléphone, dans un coin un petit lavabo avec robinet d'eau froide, seul point d'eau dans le dispensaire.

La salle de soins avec plusieurs tables de bois, armoire à pharmacie, étagères avec Poupinel, réchaud à gaz butane, table d'examen.

La quatrième pièce ne peut être utilisée comme salle d'attente pour les hommes ou comme salle d'examen ; faute de placards pour ranger les réserves de médicaments, ceux-ci étaient empilés à même le sol.

Equipeement mobile

Nous disposions d'un véhicule sanitaire d'évacuation : Dodge, de fabrication américaine, à deux ponts moteurs faisant partie de la dotation du régiment.

Nous utilisions ce véhicule pour toutes nos tournées dans les douars. Une grande

caisse de bois contenant un assortiment complet de nos médicaments, était chargée dans la sanitaire avant chaque départ.

Cette caisse était déchargée dans chaque douar et portée dans le local mis à notre disposition : Marabout (lieu de prières et maison commune) dans l'un des regroupements.

Notre équipe, au début, était formée d'un infirmier militaire, d'un harki lettré faisant son apprentissage d'infirmier et le conducteur, ce dernier participant aux soins et ayant rapidement acquis une bonne pratique, tant des pansements que des injections.

Tous les locaux que nous avions à notre disposition n'avaient pour ouverture qu'une porte, qu'il fallait laisser ouverte, consultation et soins se faisant en présence de ceux qui attendaient leur tour, agglutinés devant la porte. Un seul local était éclairé par des chassis garnis de plastique armé, composé de plusieurs pièces et destiné à devenir un dispensaire, mais les travaux avançaient très lentement, en fonction des crédits, et il n'y avait pas de porte entre les pièces.

Comme matériel nous avions quelques instruments prélevés sur le dispensaire du Barrage et notre trousse d'urgence militaire permettant de pratiquer la petite chirurgie.

Notre ravitaillement pharmaceutique

En tant que médecin militaire, nous relevions d'un circuit spécial de distribution assez simple.

Nous recevions chaque mois un imprimé - en trois exemplaires - sur lequel il suffi-

sait de porter les quantités désirées de chaque médicament.

La liste était longue et assez complète. Cette commande, visée par le Maire ou par l'officier S.A.S., était envoyée en fin de mois avec notre rapport mensuel d'activité médicale A.M.G. au Médecin-Chef du secteur.

Ces commandes étaient transmises par le Directeur du service de la Santé de la Zone à la préfecture qui accordait l'autorisation de livraison et transmettait à l'hôpital civil de Miliana.

Quatre à six semaines après envoi de la commande nous pouvions prendre livraison des médicaments à la pharmacie de l'hôpital de Miliana.

Par conséquent nécessité de prévoir les besoins environ deux mois à l'avance.

Envoi d'une commande avant même d'avoir perçu la précédente.

Les livraisons étaient faites en fonction des réserves de la pharmacie nous approvisionnant.

Un médicament non livré en quantité suffisante n'était pas reporté sur la commande suivante. Il fallait le commander à nouveau, reportant sa livraison à deux mois plus tard.

Les moyens d'hospitalisation

1°- Hôpital rural de LAVIGERIE a une vingtaine de kilomètres.

- déjà insuffisant pour les malades du Médecin Civil de Lavigerie, nombreux lits supplémentaires.

- ne disposait d'aucun moyen de laboratoire.
- en pratique nous n'y conduisions qu'un malade aigu à hospitaliser sans retard et que nous n'avions pas le temps de conduire plus loin avant la fermeture de route.

2°- Hôpital mixte de MILIANA : au siège de la sous-préfecture

- service de médecine, de chirurgie, radiologie et service de physiologie
- possibilité de laboratoire.

Surchargé de lits jusque dans les couloirs, mais hôpital très bien tenu, propre.

3°- Hôpital Mustapha à ALGER
pour les spécialités.

Un dispensaire antituberculeux à MILIANA :

Etablissait un dossier avec document radiographique

Assurant le dépistage des suspects.

Dans les trois jours suivant la visite du malade nous recevions un compte rendu et des indications thérapeutiques pour les malades non hospitalisés.

Les moyens d'évacuation

1°- Notre sanitaire militaire :

- chaque fois qu'il y avait urgence pour transporter un malade ou blessé couché, de jour ou de nuit éventuellement avec escorte.

- chaque fois que nous devions nous rendre à Miliana, à l'infirmerie de garnison par exemple.

2°- Le taxi du village :

- Le transport était à la charge du budget communal pour les indigents. Au vu d'un certificat médical d'hospitalisation spécifiant le transport par taxi, le secrétaire de Mairie établissait un ordre de réquisition pour le taxi.

3°- L'autocar :

- assurant le service avec Affreville et Miliana au départ du Barrage du Ghrib -

- surtout pour les malades devant se rendre au dispensaire de Miliana.

FONCTIONNEMENT DE L'AIDE MEDICALE

-:-

L'immense majorité des musulmans de la commune ignore tout des petits soins familiaux et ne dispose d'aucun médicament. Absolument tout : céphalée banale, constipation, diarrhée bénigne et si fréquente, blessure superficielle doit être soigné par notre équipe sanitaire.

Au Dispensaire du Barrage du Ghrib

Les soins étaient donnés chaque jour par l'aide soignante municipale assistée d'une femme de ménage - interprète, musulmane.

Les consultations avaient lieu le lundi, le mercredi et le vendredi après-midi. Le vendredi matin, le dispensaire était fermé, les soins ayant lieu au marché à quelques kilomètres du village.

Les musulmans ne purent jamais prendre l'habitude de distinguer la consultation pour les nouveaux malades et les séances de soins pour ceux qui avaient un traitement en cours. Les nouveaux malades qui se présentaient en dehors des consultations recevaient toujours un premier soin et devaient revenir à la consultation suivante.

Chaque malade recevait un carton à son nom,

daté, indiquant le traitement avec ses modalités ; il le rapportait à chaque soin, celui-ci étant inscrit avec sa date sur le carton. Ce système était le plus pratique que nous ayons trouvé, avec les moyens à notre disposition, pour faire les soins sans perte de temps et sans erreur et pour surveiller les traitements en cours. Un cahier de soins ou de consultations eut été inutilisable en raison des difficultés de l'état civil et eut demandé trop de temps.

La tenue d'un fichier, à raison d'une fiche dossier par malade, aurait sûrement constitué une meilleure solution mais outre la dépense pour créer ce fichier, il eut fallu, pour l'utiliser, une secrétaire occupée uniquement à cela et manipulant ou établissant chaque jour de quatre-vingt à deux cents fiches et orientant les malades soit vers les soins, soit vers la consultation. Ce système nécessitant alors une réorganisation matérielle du dispensaire, mais devant être beaucoup plus pratique.

Néanmoins nos petits cartons nous donnèrent satisfaction en tant que solution provisoire. Très peu furent perdus ou jetés volontairement, ceci seulement si le traitement ne plaisait pas, donc, s'il ne comportait pas d'injection. Les injections sont en effet l'objet de la convoitise générale, plus marquée cependant chez les femmes ; un traitement par comprimés ou cachets n'ayant pas grande valeur à leurs yeux.

Nous en étions arrivés, dans quelques cas, à ajouter des injections de complaisance - parfois de serum physiologique - à quelques traitements dont nous tenions à ce qu'ils soient suivis régulièrement. Parfois même une mère dont l'enfant devait recevoir des soins indispensables chaque jour, bénéficiait

ainsi d'injections banales et l'enfant pouvait avoir son traitement indispensable, mais sans injection, donc sans valeur aux yeux de la mère. De tels cas furent toujours limités au strict minimum.

C'étaient toujours trois ou quatre personnes, parfois une dizaine, toutes de la même famille qui entraient ensemble dans le bureau. Les jeunes femmes accompagnées de leur mère ou belle-mère qui venait, tant pour se faire soigner que pour les chaperonner, de la mehta au dispensaire ; ou une mère de famille accompagnée de ses enfants.

Bon nombre des malades soignés au dispensaire habitaient en effet des douars situés à quelque distance du village et aucun mari n'aurait accepté que son épouse vienne seule jusqu'au village, à moins qu'elle ne fut vraiment vieille. Même parmi les habitantes du village, bien peu venaient seules jusqu'au dispensaire.

Avec tant de monde à la fois, les consultations se déroulaient dans une ambiance bruyante et agitée, les malades en traitement se faisaient soigner directement, les autres étaient examinés dans le bureau.

Lorsqu'un examen plus complet ou qu'un acte de petite chirurgie était nécessaire, nous devions interrompre les soins et faire évacuer la salle.

La fréquentation du dispensaire était assez irrégulière de la part des femmes des douars, celles-ci profitant souvent de leur passage au village pour venir au dispensaire. Une journée très froide ou pluvieuse les éloignait du dispensaire alors que le beau temps les ramenait en nombre.

Pour les femmes du village, la salle d'attente devenait un centre de réunion où elles se retrouvaient, bavardaient longuement, apportant parfois leur cafetière ou leur théière et quelques tasses, et où certaines retournaient après avoir été soignées elles-mêmes.

Nos premières tournées A.M.G.

Les tournées dans les douars avaient lieu à jour fixe suivant le programme établi pour notre prédécesseur.

Le mardi et le jeudi tournée A.M.G. à Bir-Bouch comprenant le regroupement de Cheik-el-Missoun où nous nous installions dans le Marabout. Mobilier : une table sur tréteaux, deux bancs et deux tabourets de bois. Pas de fenêtre, d'où l'obligation de laisser constamment la porte ouverte.

Les patients attendaient leur tour dehors, devant la porte.

Durant l'hiver 1960, nous ne pouvions atteindre le regroupement que par temps sec.

A Bir-Bouch Ecole : nous disposions d'un bâtiment de trois pièces, non encore aménagées, éclairées par des châssis de plastique armé. Les trois pièces en enfilade communiquaient sans huisserie. Les deux pièces des extrémités avaient des portes sur l'extérieur.

Mobilier : quelques tabourets, une table sur tréteaux.

Un brancard de l'ambulance posé sur le sol constituait le lit d'examen.

Nous commençons par soigner les hommes,

puis ceux-ci partis, à soigner les femmes et enfants qui attendaient à l'autre extrémité.

Le jeudi matin : tournée du regroupement de Ben-Douli.

Salle de soins bâtie en dur accolée à la tour de l'auto-défense - Une fenêtre de 40 cm x 40 cm à deux mètres du sol. Là encore il fallait laisser la porte ouverte pour voir clair. Pièce totalement vide au début, ensuite nous eûmes une installation précaire : table sur tréteaux (une vieille porte), quelques tabourets et même un lit de camp, plus pratique qu'un brancard.

Dès que l'eau fut installée dans le regroupement avec son réservoir nous eûmes un robinet sur évier dans notre salle de soins.

Le reste de la journée était consacré aux militaires de Lavigerie, aux harkis et leurs familles ainsi qu'aux pensionnaires du Centre de Formation de la Jeunesse Algérienne (C.F.J.A.) de Lavigerie.

Le vendredi matin, l'aide soignante municipale nous accompagnait au Marché d'Amoura, marché communal à quelques kilomètres du village à un carrefour de routes commandant toute la commune.

Là, nous avions un local dans l'enceinte du marché à côté de ceux de la mairie et de la S.A.S, le plus défectueux. Mobilier : une table bureau ... trois chaises bancales, un évier avec réservoir d'eau et robinet, quelques étagères que nous pouvions utiliser. Pas de fenêtre, les patients attendaient leur tour devant la porte ouverte.

La porte ne fermant pas à clef, nous ne pouvions rien laisser d'une séance à l'autre.

Nous avions à peine la place pour déplier le brancard au sol pour faire un examen et nous le dressions contre un mur après usage.

Peu à peu au cours des premiers mois, le nombre des consultants diminua pour faire place aux malades ayant un traitement en cours et venant faire faire leurs soins. Notre consultation était terminée assez tôt pour que nous puissions visiter le village regroupé de Sidi Hannachi créé au printemps 1960.

Au cours de ces tournées notre équipe devait se suffire à elle-même, à part quelques interprètes bénévoles, le plus souvent le chef du village, parfois une des rares femmes parlant le Français.

Les malades ne recevaient de soins que lors de nos passages ; jamais entre temps, sauf quelques uns qui entreprenaient le voyage du Barrage sur un âne, pour recevoir des soins au dispensaire.

Pour les grabataires une seule solution : l'hospitalisation, encore fallait-il que le malade et sa famille y consentent.

Il nous souvient, ayant un jour été appelé dans une mechta, pour un enfant malade, cet enfant de sept ou huit ans présentant un syndrome méningé, d'avoir préconisé l'hospitalisation ; nous étions à même d'effectuer nous-mêmes l'évacuation du malade. Le père était d'accord, la mère pas.

Pratiquement, s'il n'était pas hospitalisé, cet enfant ne recevrait aucun soin. Nous attendîmes plus d'une heure, près de l'ambulance, tandis que la famille au grand complet et le chef de douar mis au courant palabraient dans la mechta. Les lamentations

de la mère parvenaient jusqu'à nous ...
Finalement le père vint nous dire d'emmener
l'enfant qu'il fallut presque arracher à la
mère. Le mois suivant, l'enfant revenait gué-
ri.

REORGANISATION DE L'A.M.S. DANS LES VILLAGES REGROUPES

-:-

Cette organisation de l'A.M.S. dans les douars nous parut insuffisante.

Les affections cutanées et oculaires en particulier demandaient des soins plus fréquents et plus réguliers que ceux que nous pouvions administrer au cours de nos tournées hebdomadaires : d'où résultats longs et peu satisfaisants.

Les injections de pénicilline, quelle que put être la formule retard étaient trop espacées.

Déjà nous avions pu obtenir dans quelques cas que des antibiotiques administrés par voie orale fussent distribués quotidiennement aux malades par un militaire de confiance.

Plus d'une fois un mari était venu nous chercher à la consultation pour sa femme malade, soi-disant incapable de venir jusqu'à nous. Nous avons alors la désagréable surprise de trouver celle-ci debout, en train de vaquer à ses occupations ménagères. En réalité, le mari jaloux ne voulait pas que sa femme vint à la visite.

Nous demandions aux commandants des escadrons qu'un dragon européen du poste proté-

geant chaque regroupement fût affecté à l'A.M.S. Nous l'aurions formé et il aurait assuré les traitements dans le regroupement, ainsi que les petits soins familiaux. Les traitements en cours et prescrits par nous auraient été faits en dehors de nos consultations et celles-ci consacrées uniquement aux nouveaux consultants et aux alités.

Il était nécessaire que cet infirmier auxiliaire fût européen, car un dragon musulman n'aurait pas eu l'entrée des mechtas et n'aurait pu soigner aucune femme.

Au mois de février 1960 un infirmier militaire caducée fut affecté à l'escadron de Bir-Bouch et fut chargé de l'A.M.G.

Il assurait les soins à Bir-Bouch et éventuellement l'escadron se chargeait de le diriger à Cheik-el-Missoun où il effectuait les soins.

Les résultats étaient concluants.

A partir d'avril 1960, nous eûmes un dragon infirmier auxiliaire dans chaque village regroupé. La décision avait été prise par le Chef de Corps et ces aides soignants avaient été formés par le Médecin Chef, tant à l'infirmierie régimentaire que dans ses propres tournées A.M.G.

Ces infirmiers auxiliaires étaient affectés au regroupement dans le cadre d'une cellule R.O.P. (Regroupement et Organisation de la Population) chargée d'aider et de conseiller la population regroupée.

Elle comportait : un infirmier, un instituteur, un conseiller agricole et un chef de cellule chargé des contacts avec le chef du village, de l'état civil, du recensement

permanent, et se tenant au courant des ressources et des besoins de chacun.

A Ben-Douli, où nous n'allions qu'une fois par semaine, les résultats furent particulièrement satisfaisants.

En février : 625 consultations et autant de soins donnés par l'équipe itinérante.

En juin : 245 consultations, et 1075 soins donnés par l'infirmier résidant.

Encore que beaucoup de malades attendissent l'arrivée de l'ambulance pour se rendre au centre de soins.

Nos aides soignants militaires furent pourvus chacun d'une caisse contenant un assortiment de pansements, médicaments, seringues, que nous complétions lors de notre passage.

Dans chaque village regroupé nous ouvrîmes un cahier de visites dans lequel les consultants étaient inscrits par l'aide soignant ; nous y ajoutions, après la visite des malades, diagnostic et traitement avec toutes ses modalités. A partir de ce cahier l'aide soignant établissait la fiche de soins qu'il remettait au malade.

Ces malades étant sur place ne faisaient faire que très peu de soins courants durant la consultation, ceux-ci étant faits après notre départ. Nous ne faisions plus nous-mêmes que les actes de petite chirurgie, les extractions dentaires et les injections intraveineuses.

La visite des hommes terminée et en attendant l'arrivée des femmes (prévenues par le Chef de village et les enfants) nous allions visiter les malades alités.

Si l'aide soignant était appelé auprès d'un malade grave alors qu'il n'y avait pas de consultation ce jour-là au douar, il nous envoyait un message, nous demandant de venir.

Pour un blessé grave, après un pansement sommaire, il le mettait sur une civière et l'amenait rapidement avec le premier véhicule disponible (camion half-track ou autre) au Barrage du Ghrib ; là se trouvait en permanence une personne susceptible de lui donner les premiers soins - enlever à l'occasion un garrot inutile - en attendant son évacuation sur l'hôpital de Miliana.

Ainsi pour un plus grand nombre de malades soignés régulièrement le temps que nous consacrons à chaque village regroupé fut raccourci ; nous pûmes incorporer à nos tournées les nouveaux regroupements sans modifier le rythme de ces tournées, ni devoir empiéter sur l'heure fatidique de fermeture des pistes - 16 h l'hiver - après laquelle il était imprudent de circuler sans escorte.

LA MEDECINE PROPHYLACTIQUE

-:-

Négligée au début - notre équipe sanitaire trop réduite devant se consacrer entièrement aux soins des malades - la médecine prophylactique était devenue une nécessité impérieuse. Le manque d'hygiène joint à l'entassement de la population dans les villages regroupés pouvait faire craindre l'extension rapide de toute épidémie.

Le Paludisme

Dans la commune de Dolfusville nous n'avons rencontré aucune femelle d'anophèle, et si les mouches pullulent les moustiques sont très rares.

Nulle eau croupissante ne stagne. Oueds et ruisseaux ont un débit plus ou moins important selon la saison. Beaucoup de ces Oueds ont un lit complètement sec durant l'été, exception faite pour l'Oued Chelif qui garde un certain niveau d'eau pendant la période dite de grande sécheresse.

Quelques cas de paludisme furent rencontrés mais nous ne pûmes jamais demander la confirmation du diagnostic au laboratoire.

Bon nombre de paludéens étaient d'anciens militaires ou des travailleurs saisonniers,

s'engageant l'été dans les domaines de la Mitidja.

Nous ne disposions pas de quantités suffisantes d'antipaludéens pour organiser les distributions collectives et systématiques parmi la population.

Nous pûmes obtenir que l'évacuation des eaux usées fût assurée dans certains villages regroupés, chose qui resta longtemps à l'état de projet avant notre intervention.

Le Trachome

Dans certains douars le trachome atteint plus de la moitié de la population.

Les formes évolutives avec poussées d'ophtalmie aiguë frappent surtout les enfants et les adolescents, tandis que chez les sujets âgés, on rencontre surtout des formes cicatricielles avec de nombreux cas de cécité unilatérale et parfois bilatérale.

L'étendue du mal nous apparut réellement quant au printemps 1960, les aveugles vinrent nous demander des certificats médicaux pour faire établir leurs dossiers de pension.

La prophylaxie commença au printemps de 1960. Des notes de service nous précisèrent les modalités d'emploi de la pommade ophtalmique à l'auréomycine dont un premier lot nous fût attribué pour les enfants scolarisés. Il fut réparti entre les écoles des villages regroupés où la proportion de trachome était la plus élevée.

Durant une semaine tous les enfants de ces écoles reçurent deux applications quotidiennes de pommade assurées par l'instituteur et

l'aide soignant.

Nous ne reçûmes qu'une seule attribution avant les vacances scolaires, nous n'eûmes cependant plus l'occasion de voir de poussée évolutive chez ces enfants au cours des consultations.

L'opération devait être reprise et étendue aux autres écoles à la rentrée d'octobre à raison d'une cure mensuelle de trois jours pendant toute l'année scolaire.

Il serait bon d'étendre cette prophylaxie aux jeunes enfants et aux adolescents.

La pommade ophtalmique nous donna de bien meilleurs résultats que le collyre employé. Elle assure après chaque application un contact plus prolongé de l'antibiotique avec les lésions oculaires.

Les vaccinations

Par décision préfectorale, les vaccinations antitypho-paratyphoïdiques devinrent obligatoires pour tous les habitants des villages et douars regroupés, âgés de quatre à quarante ans.

Nous dûmes alors commander les quantités de vaccin voulues ainsi que le matériel et les réactifs nécessaires pour faire plusieurs milliers d'analyses d'urine.

Nous étions déjà au mois de juin et nous ne pouvions plus espérer recevoir la commande et faire les quatre injections nécessaires aux enfants avant les vacances.

D'une part nous ne pouvions retenir au village la population étant occupée à la moisson.

D'autre part au mois d'août, nous devions assurer le service médical de tout le régiment et de deux circonscriptions A.M.S.A. durant la permission de notre Médecin Chef. Il fallait donc repousser les vaccinations jusqu'à l'automne.

Nous avions prévu de commencer par les regroupements les moins importants. La collaboration de toute l'équipe R.O.P. (Regroupement et Organisation de la Population) était nécessaire pour établir les listes, effectuer les analyses d'urine, écarter les sujets présentant des contre-indications à la vaccination.

Puis le regroupement eut été divisé en quartiers d'environ deux cents personnes à vacciner, convoquées pour une séance ; nous aurions pratiqué les vaccinations famille après famille, pour ne pas nous perdre dans les méandres de l'état civil. Les militaires ont pris l'habitude de faire les recensements habitation par habitation.

Notre retour en métropole ne nous permit pas de mettre ce plan à l'épreuve.

Nous devions ensuite envisager la généralisation de la vaccination Jennerienne et de la vaccination contre la diphtérie et le tétanos.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

-:-

La prophylaxie de la tuberculose est très difficile et insuffisante dans les conditions actuelles. En ce qui concerne les douars, tant que les mechtas étaient éloignées, les foyers restaient localisés, mais bien souvent inconnus si les malades ne venaient pas aux consultations ; bien souvent ils ne consultent qu'effrayés par une hémoptysie et il est très difficile d'obtenir la surveillance de l'entourage.

Le regroupement en village accroît considérablement le risque de contagion.

Au village du Barrage du Ghrib, les malades sont plus facilement dépistés à un stade plus précoce et leur entourage surveillé.

Mais nous nous heurtons à des difficultés surtout matérielles.

Absence d'appareil de radioscopie pulmonaire au dispensaire du Barrage du Ghrib. Un médecin civil, en place, pourrait peut être en obtenir un, ainsi que la pièce supplémentaire nécessaire, alors au dispensaire.

Personne ne voudrait engager une dépense à la demande d'un médecin militaire qui est appelé à être remplacé plus ou moins vite.

Il n'existe aucune installation mobile de dépistage systématique, même pas pour les enfants scolarisés.

Rares sont les tuberculeux qui acceptent l'hospitalisation. Celle-ci se fait à l'hôpital de Miliana, mais les cures ne sont jamais très longues ; dès qu'ils se sentent mieux, les malades demandent à rentrer chez eux, alors même qu'ils portent des lésions excavées et crachent des bacilles. Hospitalisés si près de chez eux, la tentation est trop forte de rejoindre les leurs.

A ce moment, il ne nous reste que la solution de faire sur place le traitement prescrit par le phtysiologue de l'hôpital, qui assure également le service du dispensaire antituberculeux de Miliana. Les malades lui sont renvoyés aussi régulièrement que possible, pour les examens de contrôle.

Lorsqu'un tuberculeux, ainsi en traitement, demeure dans une mechta isolée, il doit se déplacer parfois de plusieurs kilomètres, pour recevoir son injection de streptomycine et ses comprimés d'Isoniazide et de P.A.S. pour deux jours. En l'état actuel des choses il est impossible de pratiquer différemment. Si le temps est trop mauvais, ou si la fantaisie lui prend, à moins encore qu'il ne s'agisse d'un travail à faire, le malade restera de nombreux jours sans paraître au centre de soins.

Pour le tuberculeux demeurant hors d'une agglomération, il est difficile d'obtenir une surveillance de l'entourage. Personne n'en comprend l'utilité et c'est toute une expédition que de venir prendre l'autocar en famille pour aller à Miliana - encore plus si le voyage n'est pas payé par la commune - alors que tous semblent en bonne santé.

Pour un tuberculeux en traitement à domicile et demeurant dans un village regroupé, il y a beaucoup moins de problèmes. L'aide-soignant militaire connaît vite ses quelques malades et sait où ils habitent. Il leur donne leurs comprimés chaque jour, pour qu'ils ne prennent pas le tout un jour sur deux. S'ils ne viennent pas régulièrement aux soins, il va les relancer, et parfois fait les soins à domicile.

Dès que l'on s'aperçoit au dispensaire du Barrage du Ghrib, qu'un tuberculeux cesse de venir se faire traiter, on alerte l'Assistante Sociale, qui essaie de savoir où il habite. S'il habite au village, elle-même ou une aide va trouver le malade pour le persuader de continuer son traitement.

S'il habite en un lieu écarté, on ne peut faire grand chose : au cours d'une tournée ultérieure avec une équipe de la S.A.S. dans les douars non regroupés, l'Assistante Sociale pouvait parfois retrouver le malade, d'autres fois, c'était une patrouille militaire qui profitait de son passage près de la mechta, pour s'enquérir du malade.

Trop souvent on ne pouvait qu'attendre que le malade reparaisse de lui-même s'il était encore en vie.

L'absence de fichier médical au dispensaire du Barrage ne facilitait pas le contrôle. Nos dossiers de tuberculeux n'étaient constitués que par la correspondance provenant du dispensaire antituberculeux.

Sur un plan général, il faudrait des lits en sanatorium pour les malades, assez loin, pour qu'un malade qu'on a réussi à décider à partir ne soit pas tenté de revenir au bout d'une semaine ou deux.

Sur le plan local, il faudrait un appareil de radioscopie pulmonaire - avec bien sûr un fichier et quelqu'un pour le tenir à jour - au dispensaire du Barrage du Ghrib, pour le dépistage précoce.

En outre, presque toutes les séries d'injections de streptomycine furent interrompues durant le Ramadan. Les malades n'acceptant que leurs comprimés pour les absorber la nuit. Bien peu se considéraient comme assez malade, pour ne pas observer les règles du Ramadan

QUELQUES CONSIDERATIONS ET DESIDERATA

-:-

Dans sa forme actuelle le dispensaire du Barrage du Ghrib est insuffisant, tant comme place disponible que comme équipement. Il faudrait une salle d'examen et de petite chirurgie, indépendante de la salle de soins actuelle, et qui ne soit pas traversée par tous les malades venant se faire soigner. Il faudrait l'eau courante sur évier tant dans la salle de soins que dans la salle d'examen.

Une installation radioscopique est indispensable si l'on ne veut pas rester impuissant devant la tuberculose.

Un secrétariat avec fiche dossier pour chaque malade est nécessaire afin d'assurer la continuité des traitements et retrouver facilement tous les renseignements utiles.

Une petite pièce ou de grands placards avec portes fermant à clef devront être aménagés en réserve de pharmacie, pour que l'on trouve sans difficulté le médicament recherché.

Dans les villages regroupés les locaux de soins sont très insuffisants et ne sont absolument pas aménagés. Pour ceux destinés à subsister, la paix revenue, et il semble que ce soit le cas pour la plupart, il faudrait installer un local suffisant.

Deux pièces sont nécessaires : une grande salle de soins avec tables et sièges, des placards pour les médicaments et un évier avec robinet d'eau, que celle-ci soit amenée par canalisation ou provienne d'un réservoir. Il n'est pas pratique d'aller à la fontaine et l'on aurait tendance à se laver les mains de plus en plus rarement.

La deuxième pièce plus petite, avec un lit ou une étable d'examen, où le médecin examinerait ses malades et ferait les actes de petite chirurgie. Ces deux pièces avec des fenêtres dignes de ce nom.

Il faudrait aussi une salle d'attente ou au minimum un grand auvent protégeant du vent et de la pluie l'hiver et du soleil l'été.

Chaque école devrait être équipée d'une installation de douche même sommaire ; l'hygiène corporelle y gagnerait sûrement beaucoup.

On a l'impression que s'ils en avaient la possibilité - douche et savon - les habitants se laveraient volontiers.

CONCLUSIONS

-:-

Depuis que l'Aide Médico Sociale fonctionne dans la commune de Dolfusville dans les conditions indiquées précédemment, les affections dermatologiques et ophtalmiques ont marqué un net recul, et les traitements sont poursuivis assez régulièrement dans les villages regroupés. La lutte contre la tuberculose reste cependant un lourd souci et pose des problèmes encore insolubles dans les conditions actuelles.

L'organisation matérielle peut et doit être améliorée tant pour le dispensaire du Barrage du Ghrib que pour ses multiples succursales dans les villages regroupés, afin d'assurer les conditions normales de travail aux équipes sanitaires. C'est avant tout un problème de crédits officiels et de compréhension des besoins de la part des autorités civiles.

La langue est toujours restée un obstacle important, pour nous comme pour les soldats du contingent qui étaient nos aides soignants dans les villages regroupés. Les rudiments que nous possédions à la fin de notre séjour ne nous permirent jamais de nous passer des services d'un interprète, interdisant le contact direct entre patient et medecin, qui nous manqua beaucoup.

Cette organisation reposant essentiellement sur du personnel militaire de jeunes soldats du contingent, ne constitue qu'une solution provisoire malgré tout le sérieux et tout le dévouement qu'ils apportent à leur tâche. Un jour viendra où ils rentreront dans leurs foyers et devront être remplacés.

La relève devrait être effectuée par des aides soignantes civiles dont le recrutement et la formation professionnelle ne doivent pas être retardés trop longtemps. Sinon le médecin de la circonscription se retrouvera, avec des équipes squelettiques ou inexpérimentées et inefficaces, dans la triste situation que nous avons connue lors de la prise de nos fonctions.

Ces aides soignantes devraient également enseigner aux femmes, l'hygiène, la puériculture, leur montrer comment soigner un enfant, préparer un biberon ou une bouillie, toutes choses que l'on ne peut guère demander à un jeune soldat.

Mais toute notre action sanitaire restera une chose négligeable si elle ne s'accompagne pas d'une action sociale et économique destinée à assurer aux populations un niveau de vie suffisant.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : R. FAUVERT	signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

